



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**ANEXO DISPOSICION N°**  
**1381CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022**

Corrientes, .....de ..... 20....

Señora Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E  
 Dra Rocío Cardozo  
 S/D

De mi mayor consideración:

El/ La que suscribe.....  
 DNI N° .....Agente de la Facultad/Instituto.....Antigüedad.....  
 se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de solicitar la cobertura de  
 el/los medicamento/s de alto costo prescriptos a, .....  
 (afiliado titular/adherente) para lo cual acompaño:

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, para: (especifique con una X lo que corresponda)**

Oncológico                       No oncológico

- a- INICIO DEL TRATAMIENTO:.....
- b- SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO:.....
- c- CAMBIO DE MEDICACIÓN:.....

Sin otro particular saludo a Usted muy atentamente.

**DOMICILIO:**.....

**CUIL/CUIT N°:**.....**Tel.:**.....

**Correo electrónico:**.....

**OBSERVACIONES:**

.....

**Firma Afiliado Titular**

**Dirección de Servicios Sociales:**

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....



**INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE**  
**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO**  
**PARA CAMBIO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**  
**(INCLUYE USO ONCOLÓGICO y NO ONCOLÓGICO)**

Nombre y Apellido del Afiliado: .....Edad:.....

\* **IMPORTANTE:** TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

**NINGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS PUEDEN SER ADQUIRIDOS EN FARMACIA EXTERNA SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

<b>Reseña de antecedentes personales y patológicos relevantes. Diagnóstico del paciente.</b>
Tiempo de Evolución de la Enfermedad:
Fecha de inicio de tratamiento farmacológico
<b>Evolución Terapéutica del cuadro clínico, con el/los fármaco/s prescripto/s anteriormente</b> <i>(Toda información relacionada con tratamientos farmacológicos previos será cotejada con la Base de Datos del ISSUNNE)</i>
<b>Resultados de exámenes complementarios importantes realizados luego de iniciar el tratamiento farmacológico. (IMPORTANTE: Adjunte fotocopias de los mismos)</b>
Resultados de laboratorio          
Otros estudios complementarios          



**DISPOSICION N° 1381  
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022**

<b>Respuesta clínica esperada que fundamente el pedido de un nuevo medicamento:</b>

<b>Tratamiento/s farmacológico/s previamente recibido/s</b> <i>(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)</i>			
Nombre genérico	Dosis recibida	Duración del tratamiento	Resultados de estudios complementarios (Adjunte fotocopias de los mismos) y/o respuesta clínica que fundamente el pedido de un nuevo medicamento

Firma y sello del Médico Prescriptor



DISPOSICION N° 1381  
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

**PLAN TERAPÉUTICO**  
**Nuevo/s fármacos solicitado/s**  
**(IMPORTANTE: Debe prescribir de acuerdo a la Ley 25.649 – Prescripción por NOMBRE GENERICO)**

<sup>1</sup> Nombre Genérico o Denominación común internacional *DCI	Potencia (Concentración del fármaco prescripto)	<sup>2</sup> Presentación farmacéutica/Vía de administración	Dosis Diaria	Tiempo estima de tratamiento	Alternativa terapéutica

Señor profesional para completar tenga en cuenta: 1 Complete con letra de IMPRENTA y LEGIBLE  
2 Aclare si la presentación es ampolla, comprimido, jarabe etc

En caso que el paciente haya presentado un evento adverso, por favor, complete la Ficha Amarilla de Farmacovigilancia (Adjunta)



**DISPOSICION N° 1381**  
**CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022**

**Objetivo/s Terapéutico/s:** *debe especificar*

a) Duración del tratamiento .....

b) Criterios clínicos y/o de estudios complementarios que tendrá en cuenta para evaluar el cumplimiento de objetivos).

.....  
.....

.....  
**Firma y sello del Profesional Prescriptor**

**Datos de contacto:** Correo electrónico:.....Teléfono:.....

**Informe Técnico**

**Reservado Auditoría Farmacológica:**

Lugar y fecha: .....



Datos del Paciente:

Nombre:  (iniciales)    Peso:     Altura:     Edad:     Sexo:     Hospitalizado  (si-no)

Descripción de la reacción adversa (RAM)

Breve descripción del cuadro clínico del paciente

Exámenes complementarios relevantes (con fechas)

Condiciones médicas relevantes

Fármacos (marque con un asterisco el/los agente(s) sospecho(s))

	N.Comercial	N. Genérico	Dosis diaria	vía	comienzo	Final (fecha)	Fin terapéutico	Nº Dosis recibidas
1								
2								
3								
4								
5								

Resultado:

<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado c/secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Requirió o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Fatal :      fecha:	La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechado causó disminución o desaparición del evento adverso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	La reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fecha Comienzo Evento

Fecha de este reporte:

Nombre Profesional \_\_\_\_\_  
 Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telefax: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

si no tiene fichas amarillas o no tiene tiempo de llenarlas, puede notificar las reacciones adversas a fármacos por TE al Centro Regional de Farmacovigilancia- UNNE. Tel: (03794) 432902, mail: crf-unne@med.unne.edu.ar

No llenar, uso interno

PBD	PBB	PSB	DUD	A	ATC:	E	M	Od	K	Consumidor:
					Órganos afectados:					Otros:

**Nombre del paciente:**indicar sólo las iniciales.

**Peso:**exp. En kilogramos.Considerar los decimales en los niños.

**Altura:** en metros, con dos decimales.Este dato tiene importancia cuando se trata de menores o en la aplicación de drogas de uso oncológico.

**Edad:** en años, si los afectados son niños menores de 2 años, debe expresársela en meses, añadiendo la fecha de nacimiento.Cuando se trata de malformaciones congénitas; Informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección.Agregue la edad de la madre.

**Sexo:** indique **F** si es femenino y **M** si es masculino.

Descripción del cuadro clínico:Indique la enfermedad de base y toda condición médica previa de importancia.

**Descripción de la RAM(reacción adversa a medicamento):** indique los signos y síntomas del evento adverso que motivó la notificación, aunque se trate de una RAM conocida es importante su notificación.

**SI SE DETECTA UN EFECTO TERAPÉUTICO NO CONOCIDO HASTA LA FECHA, PUEDE CONSIGNARSE EN ESTE RENGLÓN.**

En caso de tratarse de malformaciones congénitas precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto.

**SI SE DETECTASE FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA A UN MEDICAMENTO, DEBE COMUNICÁRSELO COMO EVENTO ADVERSO**

**Fármaco:** señalar en primer término la droga sospechosa, su nombre genérico (denominación común internacional) y comercial.

Notifique todos los demás fármacos administrados al paciente, incluidos los de automedicación.

**Indicar la dosis diaria:** En pediatría indique por Kg. de peso. Señale la vía de administración: Oral, IM, EV.

**Finalidad terapéutica:** indicar la causa o síntoma que motivó la medicación.

CONSIDERACIONES DE LA REACCIÓN

**Resultados:** Después de sucedida la reacción, cuál es el resultado final?

Marque con una cruz

Señale si la reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa.

**Observaciones:** Marque con una o varias cruces según las distintas situaciones.

**LOS EFECTOS ADVERSOS MOTIVADOS POR ELEMENTOS DE TECNOLOGÍA (CATÉTERES Y OTROS) DEBEN SER COMUNICADOS.También los eventos producidos por hierbas, medicamentos tradicionales o medicinas alternativas.**

**Datos del profesional notificador:** Pueden ser sólo iniciales y lo indispensable para canalizar una respuesta, si fuera necesario.

**SE ACEPTAN SUGERENCIAS CON RESPECTO A ESTE PROGRAMA**

	<b>CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.CRF-UNNE</b> Universidad Nacional del Nordeste Facultad de Medicina-M.Moreno 1240-Corrientes.Tel:0379-4431902 <a href="mailto:crf-unne@med.unne.edu.ar">crf-unne@med.unne.edu.ar</a>
---	---